

**ILEOCISTOPLASTIA: NUESTRA EXPERIENCIA****ILEOCISTOPLASTY: OUR EXPERIENCE**

---

Dres. Romano, S. V.; Carrasco Castillo, N.; Cobreros, C.; Bechara, A.; Casabé, A.; Linares, G.; García Penella, E.; Rey, H.; Fredotovich, N.

---

**RESUMEN:** *Objetivo:* Presentar nuestra experiencia con la ileocistoplastia de ampliación, describir la técnica empleada en su realización y los resultados obtenidos.

*Material y métodos:* Con la técnica de Ileocistoplastia Bivalva (sagital) fueron operados en los últimos 10 años, 12 pacientes consecutivos portadores de diversas patologías: vejiga neurogénica: 5, incontinencia de urgencia motora: 3, cistitis por TBC: 2, vejiga neurogénica no neurogénica: 1, desderivación: 1, con el objeto de resolver distintas situaciones que la hicieron necesaria. El seguimiento medio fue de 42 meses (2-120) y la edad promedio de 36 años (18-70).

*Resultados:* En todos los casos se obtuvo un reservorio de buena capacidad y baja presión de llenado, consiguiéndose con ello el objetivo buscado. En uno de ellos la incontinencia urinaria por hiperreflexia persiste, aunque muy disminuida.

*Conclusión:* Nuestra experiencia, en concordancia con la literatura internacional, confirma el excelente resultado con esta técnica quirúrgica, para conseguir mejorar las condiciones urodinámicas de un detrusor de baja capacidad (anatómica o funcional) y/o mala acomodación, refractario al tratamiento conservador.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 66, Nº 4, Pág. 151, 2001)

---

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria, Ileocistoplastia, Urodinámica, Ampliación vesical.

---

**SUMMARY:** *Purpose:* We report our experience with the "Clam Ileocystoplasty" (CI), describe the technique employed in their realization and the obtained results.

*Materials and Methods:* A total of 12 patients were operated on with the (sagital) CI technique in the last 10 years, due to Neurogenic Bladder in 5, Urge Incontinence in 3, Cystitis TBC in 2, Non Neurogenic Neurogenic Bladder in 1, and Undiversion in 1, in order to solve different situations that made it necessary. The mean follow-up was 42 months (2-120) and the median age was 36 years (18-70).

*Results:* A good capacity and low pressure reservoir was obtained in all 12 cases in which the CI surgical technique was used, achieving the main looked for objective. In one of the patients, although very diminished, hyperreflexic urinary incontinence persists.

*Conclusion:* Our experience, in agreement with the international literature, confirms the excellent results with CI

---

Sección Urodinámica y Uroginecología de la División  
Urología, Hospital Durand, Díaz Vélez 5044.  
Buenos Aires, Argentina. Tel. 4982-5555

**Key Words:** Urinary incontinence, Ileocystoplasty, Urodynamics, Bladder augmentation.

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida y/o el aparato urinario del paciente portador de una vejiga de baja capacidad y de mala acomodación pueden resultar muy severamente afectadas como consecuencia de los trastornos urodinámicos a los que suele conducir este tipo de condición<sup>(1)</sup>.

Aunque se han realizado importantes avances en el control farmacológico y fisiátrico de las alteraciones funcionales del aparato urinario inferior, existen situaciones complejas que no pueden ser resueltas con métodos conservadores obligando a realizar diferentes técnicas quirúrgicas como una ampliación o sustitución vesical para resolverlas. El intestino en sus diversos tramos ha sido empleado por los urólogos desde principios de siglo con éxito variable para ampliar o reemplazar a la vejiga<sup>(2)</sup>. Como todavía no existe un sustituto tisular ideal, el intestino continúa utilizándose hasta la actualidad como la mejor opción disponible. El colon fue inicialmente el segmento más frecuentemente utilizado, cediendo en la actualidad el primer lugar al íleon, especialmente luego de la difusión de la técnica descrita por *Bramble*<sup>(3)</sup> en 1982, la "Clam Ileocistoplastia" o "Ileocistoplastia Bivalva" (IB), y ulteriormente adoptada por otros<sup>(4)</sup>. Esta técnica, con alguna modificación, es la que nuestro grupo viene utilizando desde hace más de 10 años con excelentes resultados clínicos y urodinámicos, y son los que motivan esta presentación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 1991 a la fecha, 12 pacientes consecutivos, 6 hombres y 6 mujeres de 36 años edad promedio (18-70), fueron operados con la técnica de la ileocistoplastia bivalva. El seguimiento medio fue de 42 meses (2-120).

El diagnóstico clínico y urodinámico que condicionó esta conducta fue (ver tabla):

- Vejiga Neurogénica (VN): 5
- Vejiga Neurogénica No Neurogénica: 1
- Incontinencia de Orina de Urgencia Motora (IOUM): 3
- Vejiga Retráctil Tuberculosa: 2
- Desderivación por Anomalía Congénita: 1

La completa evaluación realizada en el preoperatorio incluyó cistoscopia, urograma excretor, cistouretrografía miccional y estudio urodinámico, en todos los casos.

Dicha evaluación se repitió en el postoperatorio sólo cuando fue necesario.

Todos los pacientes fueron entrenados en el preoperatorio en el uso del Auto Cateterismo Intermitente Limpio (ACIL).

### Táctica y técnica quirúrgica

(ver esquemas e imágenes numeradas concordantemente con el texto)

Anestesia general, colocación de la sonda de *Foley* por uretra y de la sonda nasogástrica (SNG). Se realiza una incisión mediana infraumbilical, alcanzando y rebasando el pubis en su extremo inferior.

1. Desarrollo del espacio prevesical hasta rebasar el cuello de la vejiga (balón de la *Foley*)
2. Abertura del peritoneo y selección de una asa de íleon terminal de unos 20 cm, cuidando de dejar intactos los últimos 20 cm de íleon en su unión con el ciego para respetar su vascularización.
3. Se elegirá el asa que mejor llega, sin tracción, a la zona (pubis), y cuya vascularización (transiluminación) sea adecuada.

*Este segmento quedará marcado con hilos de lino.*

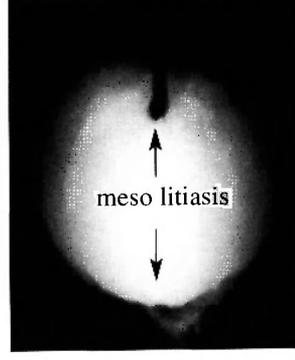
4. Resección del segmento elegido y preparación de los mesos, para luego proceder a la anastomosis término-terminal del íleon por encima (o por delante) del asa aislada. Realizamos esta anastomosis en un plano extramucoso continuo, usando dos hemisurget, con sutura reabsorbible poliglicólica 3/0. Cierre de las brechas del meso.
5. Detubulización del asa por su borde antimesentérico, previo lavado del interior de la misma con solución de yodo povidona.
6. Configuración del "Parche" en U con sutura continua de poliglicólico 3/0.
7. Sección (bipartición) longitudinal de la vejiga comenzando desde la cúpula hasta el cuello por la cara anterior y hasta la barra interuretérica por la cara posterior, sin interesar a estas estructuras con la incisión, que realizamos con el electrobisturí. En la cara posterior, puede liberarse el peritoneo previo a la sutura del parche, pero esto no es imprescindible.

8. Sutura del parche a la vejiga comenzando por el ángulo posterior de la incisión, avanzándola simétricamente hasta el ángulo anterior. *Sutura continua, perforante total de poliglicólico/00.*
9. Talla vesical (*saliendo preferentemente por la pared vesical*). *Foley* por uretra y 2 drenajes: uno pre-vesical y otro peritoneal (al *Douglas*)
10. Cierre del peritoneo en la cara anterior (*aunque es posible extraperitonizar el asa nosotros no lo hace-*

*mos por temor a comprometer la vascularización por compresión del meso), cierre por planos de la pared, con salida por contrabertura de las tubuladuras.*

**Cuidados postoperatorios:**

- Retirada la SNG a las 24 a 48 horas, se mantiene al paciente sin ingerir "nada por boca" por 4-5 días, fecha en que se progresará la dieta, siendo **líquida**



1

2

3

**CUGM:**

1. Vejiga Refleja
2. Vejiga TBC
3. Vejiga Ampliada con íleon

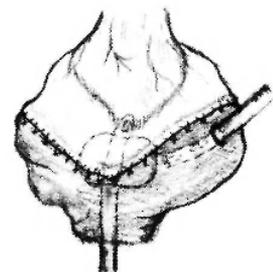
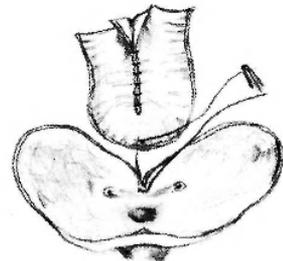
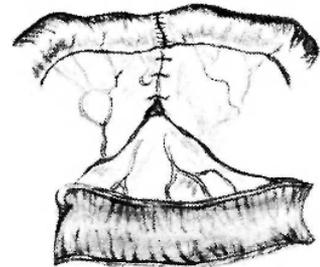
Selección del Asa, reconstrucción del Tránsito y Detubulización



Construcción del Parche, Bipartición Vesical, y sutura del Parche comenzando por el ángulo posterior



Fin de la Ileocistoplastia, Foley por la Uretra y Talla saliendo por la Vejiga



*Esquema de la Ileocistoplastia Bivalva*

**SAU**

en su comienzo, siempre que se compruebe la recuperación de los ruidos hidroaéreos,

- Lavados vesicales con jeringa de Boneau 3 veces por día con volúmenes pequeños (<50ml) de solución fisiológica, realizado por el cirujano o por su ayudante, y luego de una semana, por el propio paciente. El objetivo de estos lavados, es **eliminar el**

**moco** y evitar que obstruya las sondas. El mantenimiento de este cuidado en forma periódica, evitará la formación de cálculos.

- La talla se retirará a los 5-7 días y los drenajes cuando no tengan débito.
- La sonda de Foley se mantiene por 15 a 21 días. Al retirarla, el paciente comienza con ACIL, a razón



3



4



5



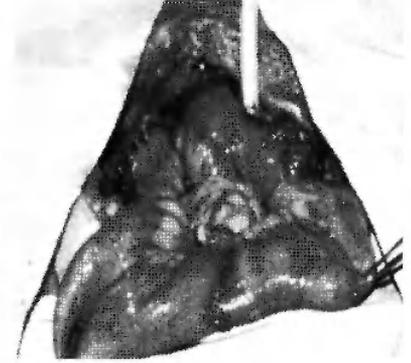
6



7

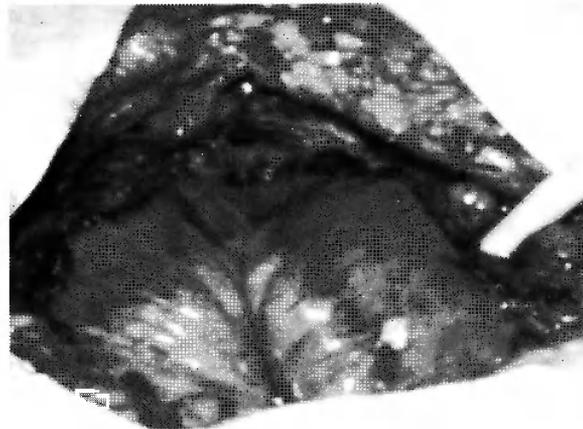


8



9

*Ileocistoplastia Bivalva: (ver texto). Técnica quirúrgica paso a paso.*



*Ileocistoplastia Bivalva. Aspecto final.*

de 4 por día y siempre después de intentar una micción espontánea, (micción y cateterismo) para cuya realización el paciente fue convenientemente entrenado en el preoperatorio.

- Los datos así obtenidos (Micción/Residuo/Incontinencia) serán volcados por el paciente en un *Diario miccional* y controlados por el cirujano en cada visita.

## RESULTADOS

Las distintas alternativas clínico-urodinámicas que condicionaron la indicación de una IB en este grupo de pacientes, así como sus resultados caso por caso, se resumen a continuación:

- 1) **Silvia P., 22 a.:** Monorrena congénita, con *ureterostomía cutánea*, por reflujo e infecciones urinarias a repetición como consecuencia de una hemivejiga pequeña anatómica y funcional asociada a otras malformaciones del hemisoma derecho.  
*Operación: Desderivación: IB + reimplante ureteral* a la vejiga nativa.  
*Resultado:* Continente, micción espontánea + 1 CI diario, por evacuación incompleta, *RPM: 20%*.
- 2) **Alejandro Pav., 18 a.:** Paraplejía, IO Refleja (IO-Ref) no controlable.  
*Operación: IB*  
*Resultado:* Continente, 4 ACIL diarios
- 3) **José L. Bla., 28 a.:** Mielomeningocele (MM) IO Permanente con uretra irrecuperable luego de múltiples intervenciones por E. Artificial retirado, estenosis, fístulas y litiasis) + vejiga pequeña funcional.  
*Operación: IB + Cierre del cuello + Válvula de Guzmán.*  
*Resultado:* Litiasis vesical, sobre la sutura del cuello (Prolene) + retracción del tubo interno de la válvula, falsa vía e incontinencia por el ostoma.  
*Operación: Cistolitotomía + desarme de la válvula + Mitrofanoff con apéndice.*  
*Resultado:* Continente, 4 ACIL/día.
- 4) **Flora D., 26 a.:** Monorrena por TBC, nefrostomía x reflujo e IRC + Incontinencia total por retracción vesical.  
*Operación: IB.*  
*Resultado:* No siguió las instrucciones de continuar con el cateterismo sistemático en el postoperatorio, alcanzando una capacidad vesical de 2,5 litros con descompensación de su IRC (*Acidosis metabólica*), luego de incorporar el plan de ACIL regularmente, se mantiene continente con 4 CI /día.
- 5) **Ricardo J., 42 a.:** Antecedentes de RTUP por síntomas irritativos en su país 1 año atrás, evaluado por empeoramiento de los síntomas: TBC: riñón "mastic" + retracción vesical + IO permanente.  
*Tratamiento: Nefroureterectomía + IB*  
*Resultado:* Continente, micción espontánea sin residuo (sin ACIL).
- 6) **María S., 38 a.:** MM: IOE III + Vejiga pequeña (mala acomodación)  
*Tratamiento: IB + Marshal Marchetti Krantz.*  
*Resultado:* Continente, 4 ACIL/día, sin micción espontánea.
- 7) **José Lab., 63 a.:** Débil mental, IOE III pos RTUP + Vejiga Pequeña (mala acomodación.)  
*Tratamiento: IB + Clamp peneano*  
*Resultado:* Continente, función renal conservada.
- 8) **Lorena A. 20 a.:** *Vejiga refleja + IOE III*, por traumatismo de pelvis.  
*Tratamiento: IB + Sling* (luego de múltiples intentos quirúrgicos previos).  
*Resultado:* 4 ACIL diarios, sin micción espontánea, *Persiste IOREF*, aunque muy disminuida en canti-

dad: Interpretación: "*Reloj de Arena*".

*Tratamiento: Toxina botulínica.*

*Resultado preliminar:* Bueno, y motivo de una próxima comunicación.

- 9) **María D. 70 a.:** IOUM, (Idiopática). Refractaria al tratamiento conservador, que incluyó anticolinérgicos, electroestimulación del piso pelviano, etc.

*Tratamiento: IB*

*Resultado:* Continente, micción espontánea, sin CI. Evolucionó con varios episodios de suboclusión intestinal de resolución espontánea.

- 10) **Celia T. 56 a.:** *Asmática severa, IOE II + IOUM (Idiopática)*. Refractaria al tratamiento conservador.

*Tratamiento: Suspensión (RAZ) + IB* (diferida).

*Resultado:* Continente, micción espontánea, sin CI.

- 11) **Jorge Zap. 23 a.:** *Cuadripléjico + Litiasis uretrovesical + IOREF*

*Tratamiento: IB + Litotomía.*

*Resultado:* Continente, con *CIL (un familiar)* + lavados vesicales.

- 12) **Antonio Cre. 26 a:** VN no neurogénica, sin contracción voluntaria.  
*IOE + ION + Uronefrosis bilateral.*  
*Tratamiento: IB*  
*Resultado:* Continente, micción espontánea + 1 ACIL diario.

---

## DISCUSIÓN

---

¿Cuáles son los objetivos que se pretende lograr al indicar una ampliación vesical?

1. Aumentar la capacidad vesical
2. Disminuir la presión intravesical
3. Eliminar las contracciones direccionales, conductoras de la vejiga.

Con estas nuevas condiciones del reservorio, es posible realizar un tratamiento eficaz a problemas que no han podido ser resueltos con intentos más conservadores. Por cierto, el efecto buscado va más allá del mero aumento de la capacidad vesical como lo expresamos anteriormente<sup>(4)</sup> y de hecho se consigue con un tramo de intestino relativamente pequeño, unos 20 cm, que luego se irá distendiendo hasta albergar volúmenes que pueden ser realmente enormes, como ocurrió en nuestro Caso n° 4, por lo que es muy importante controlar y limitar este agrandamiento.

Los trastornos más frecuentemente tratados con una ampliación vesical son:

- *El reflujo vesicoureteral por hiperpresión vesical*
- *La incontinencia de orina de urgencia motora o refleja*
- *La vejiga pequeña: anatómica o funcional*
- *La disreflexia autonómica.*

Debe ser considerada la posibilidad de que estas alteraciones puedan presentarse en forma asociada en un mismo paciente.

Los síntomas que ponen de manifiesto las situaciones antes mencionadas, y que plantean la necesidad de realizar este tipo de "descompresión", son la *infección* y la *incontinencia urinaria* refractarias a todo tratamiento médico, así como la *insuficiencia renal*.

Numerosas técnicas y diferentes materiales se han propuesto y continúan en investigación para conseguir un mejor reservorio de baja presión y buena capacidad<sup>(5)</sup> y se los puede agrupar en:

- Tejidos homólogos: autoampliación y ureterocistoplastia
- Tejidos autólogos: enterocistoplastias: íleon, colon, ciego, estómago.
- Tejidos heterólogos
- Materiales sintéticos
- Cultivo de tejidos (experimental).

De todos ellos, hoy prácticamente sólo se utiliza la enterocistoplastia con colon o con íleon más o menos indistintamente<sup>(6)</sup> aunque actualmente existe una preferencia por el íleon, como ocurre en nuestro caso. Nosotros lo elegimos esperando una menor tasa de complicaciones especialmente infecciosas, del tránsito intestinal (diarrea) y la menor frecuencia de presenta-

ción de neoplasias a largo plazo en el intestino delgado, aunque esto está discutido.

En la literatura están descriptos unos veinte casos de tumores en las enterocistoplastias distribuidos por igual entre adenocarcinomas y carcinomas transicionales. Otras estirpes como el sarcoma y el carcinoma epidermoide son más raras. El cáncer primitivo de íleon es muy raro, siendo más frecuente en las ileocistoplastias. Se atribuye esta mayor frecuencia a la acción de la *nitrosamina* producida en la orina *infectada*, que irritaría a los tejidos, y favorecería el desarrollo de tumores malignos en las cistoplastias. Estos aparecen en las proximidades de la sutura intestino-vesical, en el "encuentro de tejidos". Según *Lane* y *Shah*<sup>(7)</sup> en la porción correspondiente al intestino en el caso de los adenocarcinomas, mientras que los transicionales, lo harían en la vejiga nativa. Para *Barrington*<sup>(8)</sup> los adenocarcinomas que ocurrieron en 4 de sus pacientes con IB se originaron en la mucosa vesical nativa en áreas de metaplasia glandular, lo que explicaría este tipo histopatológico.

En cuanto a la *técnica quirúrgica* que empleamos en las ampliaciones es la bipartición vesical como fuera descrita por *Bramble*<sup>(3)</sup>, quien la popularizó con el nombre de "Clam" (concha bivalva), sólo que nosotros realizamos la bipartición longitudinalmente en lugar de coronal, ya que pensamos que es menos sangrante por alejarse de los pedículos vesicales, así como menor

Edad	Diagnóstico	Operación	Resultado	Cateterismo
22	Vejiga pequeña	IB + Reimplante ureteral	Continencia + Micción espontánea	1/día
18	IORef	IB	Continencia	4/día
28	MM + IO +Vejiga pequeña	IB +Valv Guzman + Cierre cuello	Litiasis + Retrac valvular + Inc.ostoma	No
26	IO total por retracción vesical	IB	Continencia	4/día
42	IO total por retracción vesical	IB + Nefroureterectomía	Continencia + Micción espontánea	No
38	MM + IO III +Vejiga pequeña	IB + MMK	Continencia	4/día
63	IO III +Vejiga pequeña	IB + Clamp peneano	Continencia	No
20	IO III + Vejiga refleja	IB + Sling	IO refleja sin micción espontánea	4/día
70	IOUM idiopatica	IB	Continencia + Micción espontánea	No
56	IO II + IOUM	Raz + IB (diferida)	Continencia + Micción espontánea	No
23	IORef + Litiasis Uretrovesical	IB + Litotomía	Continencia	Si
26	VN no Neurogénica + IOE + ION	IB	Continencia + Micción espontánea	1/día

Cuadro de diagnóstico.

el peligro de comprometer a los uréteres por alejarnos de la entrada de los mismos en la vejiga. Cuando se vaya a realizar una ureterocistoplastia debe emplearse la incisión transversa, por ser necesaria técnicamente. Es importante señalar la necesidad de descender con la incisión longitudinal hasta la *barra interuretérica* por detrás y hasta el *cuello vesical* por delante, de lo contrario existe el riesgo que el detrusor en forma de "cáliz o copa" que queda en la base de la vejiga, próxima al cuello, se comporte como un reloj de arena permitiendo a las *contracciones involuntarias progresar dirreccionalmente hacia el cuello vesical* y la uretra provocando eventualmente la incontinencia<sup>(9)</sup>, como nos ocurriera en el Caso N° 8. Y que motivará una futura comunicación.

Otro aspecto a tener en cuenta es la suficiencia renal que se estima debe ser de un clearance de creatinina mayor de 40 ml para que el riñón pueda manejar los cambios metabólicos que sobrevendrán por el contacto de la mucosa intestinal con la orina y la absorción de metabolitos<sup>(11)</sup>. En caso contrario se producirá una acidosis metabólica. Esta puede ser prevenida (y tratada) con el drenaje del reservorio a horarios regulares cada 3-4 horas, evitando el contacto con la orina por muchas horas, lo que favorece la absorción y la proliferación bacteriana. Otra medida que deberá considerarse es la ingestión de 1 cucharada diaria de bicarbonato de sodio. Nuestra paciente N° 4, confiada en que sus "cosas iban bien" porque no perdía orina, continuó orinando espontáneamente, sin cateterizarse y sin volver a control, regresando 4 meses después, en insuficiencia renal descompensada, acidótica y con un reservorio con 2 litros y medio de residuo luego de micciones de muy escaso volumen.

Otras complicaciones relacionadas con el moco como la litiasis, infección y obstrucción infravesical<sup>(10)</sup> pueden ser evitadas con el lavado sistemático y periódico de la vejiga, (no menos de 1 vez por mes), actitud relativamente simple de incorporar en los pacientes que mantienen el ACIL, pero difícil de establecer como "buena costumbre" en los que no necesitan cateterizarse para vaciar su reservorio.

El cuadro de suboclusión intestinal, se presentó en uno de nuestros casos (N° 9) en varias oportunidades, resolviéndose espontáneamente en todas, con medidas conservadoras. Al respecto es importante advertir a los pacientes ampliados que ante un dolor abdominal, lo primero que deben hacer es vaciar la vejiga (con una sonda) y luego evaluar la evolución del dolor, que debe desaparecer con esta maniobra si se origina en la distensión del reservorio.

Si bien es esperable que los pacientes que orinaban espontáneamente antes de la ampliación continúen haciéndolo, debe ser *condición ineludible* que el paciente acepte la posibilidad de requerir del autocateterismo, temporario o permanente y que demuestre en el preoperatorio su *capacidad y disposición de realizarlo*.

---

## CONCLUSIÓN

---

En nuestra experiencia la Ileocistoplastia Bivalva ha demostrado ser una técnica eficiente y reproducible, y si bien no está exenta de complicaciones, el seguimiento estrecho de los pacientes convenientemente motivados e informados puede contribuir a evitarlas. En el 2001, la enterocistoplastia continúa siendo un estándar de tratamiento en la "vejiga pequeña" anatómica o funcional, de alta presión de llenado, cuando esta sea refractaria a los tratamientos conservadores, permitiendo resolver serios problemas secundarios a esta situación como el reflujo, la infección urinaria sintomática, la disreflexia autonómica y la incontinencia urinaria.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Mc Inerney, P.D. & Mundy, A. "Augmentation Cystoplasty" en *Reconstruction Surgery Of The Lower Genito-Urinary Tract In Adults*. Colleen & Mansson, Cap. 5, pag. 41, 1995.
2. Guittes, R. "Procedimientos para aumentar la vejiga" en Libertino & Zinman ed. *Cirugía Urológica Reconstructiva*, Salvat Edit. Cap. 17, pág. 217, 1982.
3. Bramble, F.J. "The treatment of adult enuresis and urge incontinence by enterocystoplasty". *Br. J. Urol*, 54: 693, 1982.
4. Mundy, A. R. & Stephenson, T.P. "Clam Ileocystoplasty for treatment of refractory urge incontinence". *Br. J. Urol*, 57: 641, 1985.
5. Hinman F Jr: "Selection of intestinal segment for bladder substitution: physical and physiological characteristics". *J. Urol*. 139: 519, 1988.
6. Duel BP, González R, Barthold JS. "Alternative techniques for augmentation cystoplasty". *J. Urol.*, 159: 998, 1998.
7. Lane T, Shah J. "Carcinoma following augmentation ileocystoplasty" *Urol. Int.*, 64: 31, 2000.
8. Barrington JW, Fulford S, Griffiths D, Stephenson TP. "Tumors in bladder remnant after augmentation enterocystoplasty" *J. Urol*. 157: 482, 1997.
9. Awad SA, Al-Zahrani HM, Gajewski JB, Bourque-Kehoe AA. "Long term Results and Complications of augmentation ileocystoplasty for idiopathic urge incontinence in women". *Br. J. Urol.*, 81: 569, 1998.
10. Mathoera RB, Kok DJ, Nijman RJ. "Bladder calculi in augmentation cystoplasty in children" *Urology*, 56: 482, 2000.
11. Tejerizo J., Daels P., Gueglio G, Giúdice C, Damia O, Jurado A, Schiappapietra J. "Efectos de la presión vesical sobre la función renal antes y después de la ampliación vesical". Congreso Argentino de Urología, Abstract N° O: 108.

---

## COMENTARIO EDITORIAL

---

La ampliación vesical con un segmento de intestino es una técnica que se utiliza desde hace muchísimos

años. En un primer momento una porción tubular se anastomosaba a la vejiga que en muchas oportunidades fallaba, debido a la forma en que se realizaba su configuración.

A partir del principio de detubulización se logra el objetivo de mejorar la capacidad, disminuir la presión intra-reservorio, favorecer la continencia y evitar la posibilidad de reflujo.

Los autores presentan su experiencia en 12 pacientes en los cuales utilizaron el íleon detubulizado como tejido homólogo en la ampliación de la vejiga.

Realizan una descripción detallada de la técnica quirúrgica enunciando claramente los pasos que se efectúan con el uso de 20 cm de íleon, técnica denominada ileocistoplastia bivalva.

A diferencia de lo que sucede en pediatría donde la mayoría de los casos de ampliación vesical son de causa neurogénica, la lectura de este trabajo permite identificar la multiplicidad de patologías que afectan anatomofuncionalmente la estructura de la vejiga en el adulto, tratada luego con esta técnica.

Este factor tiene que ser tenido en cuenta para poder comparar y descartar situaciones que podrían modificar resultados, aunque el fin sea el mismo.

Por eso hubiese sido importante desmenuzar cada

caso presentado, complementando los estudios realizados con el informe de la urodinamia y de la uretrocistografía para evaluar la capacidad, acomodación, sensibilidad, continencia, reflujo y grado de compromiso renal.

Los autores realizan un racconto prolijo de las complicaciones tempranas y tardías descritas en la literatura mundial; sin embargo, no mencionan en forma categórica la presencia de éstas en su propia experiencia.

Hubiese sido de gran utilidad conocer el seguimiento de estos pacientes con respecto a la acidosis metabólica, litiasis vesical, bacteriuria, función renal, etc.

El gran aporte que realiza este trabajo es confirmar la utilidad de esta técnica quirúrgica de cierta complejidad, como es la enterocistoplastia bivalva para resolver vejigas de aquellos pacientes donde el compromiso de la capacidad y elasticidad genera una serie de factores negativos en la calidad de vida y fundamentalmente en su función renal.

---

*Dr. Juan Carlos Tejerizo*  
*Comisión Directiva*  
*de la SAU*